

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève-Marguerite LABATT de LAMBERT

Née le 19 juillet 1897 à Chenoise (S.-et-M.)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

L'ÉPULIS CONGÉNITAL

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Geneviève-Marguerite LABATT de LAMBERT

Née le 19 juillet 1897 à Chenoise (S.-et-M.)
Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

L'ÉPULIS CONGÉNITAL

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 BUSQUET. . . Pharmacologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	METZGÉR. . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Le Docteur Ed. LABATT DE LAMBERT

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur CH. LENORMANT

*Qui nous fait l'honneur de prési-
der cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

Le Professeur PAUL LECÈNE

Qui inspira ce travail.

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de mon admiration.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Docteur LAUNAY.

M. le Professeur SERGENT.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Professeur agrégé DESMARETS.

Externat

1921-1922. — M. le Docteur GASTOU.

M. le Professeur LEMIERRE.

1922-1923. — M. le Professeur SERGENT.

M. le Professeur agrégé HARVIER.

1923-1924. — M. le Professeur agrégé HARVIER.

M. le Professeur LECÈNE

1924-1925. — M. le Docteur LESNÉ.

1925-1926. — M. le Professeur LECÈNE.

1926-1927. — M. le Professeur agrégé DEBRÉ.

A M. le Professeur agrégé P. MOULONGUET

Qui m'a aidée et guidée dans ce travail.

A M. le Professeur agrégé D'ALLAINES

INTRODUCTION

L'épulis congénital est une tumeur très rare et nous n'en connaissons pas de cas publiés en France.

Il diffère complètement de l'épulis de l'adulte tant au point de vue histologique qu'au point de vue origine. C'est une tumeur qui par ses caractères histologiques bien spéciaux mérite une place à part dans la classification des tumeurs.

Le but de notre travail sera :

1° Exposer les 2 cas que nous avons pu étudier, faire une revue des cas publiés;

2° Dégager les signes cliniques et histologiques essentiels ;

3° Essayer d'établir une pathogénie et fixer la place de l'épulis congénital dans la classification des tumeurs.

OBSERVATIONS

Obs. I due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Paul Mathieu).

SIGNES CLINIQUES :

C'était une petite fille de un mois qui présentait depuis la naissance une petite tumeur rouge comme la muqueuse buccale, de la grosseur d'un haricot, insérée au niveau du maxillaire inférieur à sa partie antérieure. On fit l'ablation au ciseau de cette tumeur et on termina par l'application de quelques pointes de thermocautère. Les suites immédiates furent très simples. Malheureusement nous n'avons pas pu avoir de nouvelles ultérieures de l'enfant.

HISTOLOGIE.

La tumeur fut fixée dans le liquide de Bouin et incluse ensuite dans la paraffine.

Des coupes furent faites et colorées de façon classique à l'hématoxyline-éosine, au Mallory et au Van Gieson.

A l'examen microscopique, la tumeur apparaît comme recouverte extérieurement d'un épithélium stratifié

identique à celui de la muqueuse buccale et qui n'émet aucun prolongement à l'intérieur de la tumeur.

Au-dessous de cet épithélium de revêtement se trouve la tumeur proprement dite.

Elle est constituée par un *stroma conjonctif* où existent 2 éléments principaux.

Le stroma conjonctif est représenté par des faisceaux de fibroblastes allongés, jeunes, n'ayant différencié que peu de collagène. Ils se groupent en faisceaux denses à la périphérie et forment une sorte de capsule d'enveloppe. De cette capsule partent des faisceaux plus ou moins épais qui compartimentent la tumeur. Ce sont dans ces faisceaux de fibroblastes que l'on trouve quelques fibres élastiques et surtout un assez riche réseau vasculaire.

A l'intérieur de ce stroma conjonctif se trouvent des *amas de cellules polyédriques* plus ou moins arrondies à protoplasma spongieux, acidophile, à noyau contracté, de petit volume et chromophile ; ces noyaux se colorent cependant moins que ceux des fibroblastes et des cellules épithéliales. Ces cellules sont groupées en amas de quelques éléments ou en grandes nappes séparées par les cloisonnements que constituent les faisceaux de fibroblastes. La structure de la tumeur est donc nettement alvéolaire. Ces cellules sont l'élément le plus abondant et aussi le plus caractéristique de la tumeur.

Par la coloration à l'hématoxyline au fer on met très bien en évidence leurs limites respectives et leur aspect comme le montre très bien la figure II.

Nous avons fait de nombreuses recherches pour ca-

racteriser microchimiquement le contenu de ces cellules. En effet il apparaît bien en lumière diaphragmée que le protoplasma de ces éléments est très richement chargé de substances.

Par les colorants des lipides on n'obtient pas de coloration vraiment élective. Nous avons essayé l'acide osmique, le Soudan III, l'écarlate, le bleu de Nil. Par aucun de ces colorants on n'obtient de résultats décisifs. Cependant, la substance qui imprègne ces cellules absorbe ces colorants et surtout l'acide osmique plus que ne le font les fibroblastes environnants.

Nous avons demandé au Dr Ivan Bertrand d'avoir l'obligeance de colorer par le Weigert quelques coupes de notre tumeur. Cette méthode a été complètement négative.

Nous avons fait également une coloration au mucicarmin, qui a donné une coloration rose diffuse non élective.

On peut donc conclure de ces recherches microchimiques que la substance chimique qui imprègne ces cellules de l'épulis congénital n'est pas un lipide ou une myéline. On sait que les méthodes microchimiques manquent de caractériser nombre de substances chimiques et notamment toutes les albumines. Si nous établissons une comparaison entre l'épulis congénital et les lésions histologiques qui lui ressemblent sur les coupes par inclusions, nous pouvons citer les xanthomes, la maladie de Gaucher, la maladie de Niemann-Pick de la rate et les rhabdomyomes.

La différence avec les xanthomes est évidente puis-

que le contenu des cellules xanthomateuses se révèle très nettement lipidique et colorable par tous les colorants des graisses.

Dans la maladie de Niemann-Pick, la coloration par le Weigert est positive et d'après Oberling, il s'agit de phosphatides et d'éthers de la cholestérine.

Dans la maladie de Gaucher toutes ces colorations sont négatives et c'est par des recherches chimiques qu'on a pu caractériser une substance appelée kérasine.

Dans l'épulis congénital étant donnée la petitesse des fragments, nous ne savons pas qu'il y ait eu des recherches chimiques et nous ignorons la nature de cette substance.

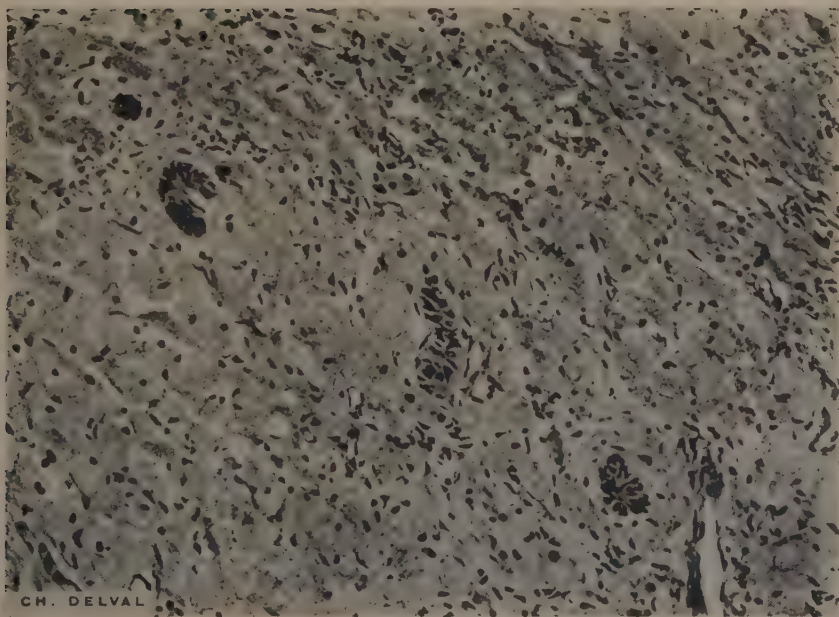
Lauche et Sternberg ont avancé qu'une partie des épulis congénitaux étaient faits de cellules analogues à celle des myoblastomes de la langue, de la peau ou rhabdomyomes. L'analogie des grandes cellules des épulis congénitaux et de celles des rhabdomyomes est certaine. Mais dans les épulis congénitaux on ne voit jamais les cellules évoluer vers la forme striée, ce qui écarte absolument le diagnostic de rhabdomyome.

Pour en finir avec les éléments conjonctifs de la tumeur, nous signalerons l'existence d'un riche réseau vasculaire et aussi qu'il existe en d'assez nombreux points des infiltrations leucocytaires soit diffuses soit en petits amas.

Nous avons pu enfin, sur presque toutes les coupes retrouver dans ce stroma conjonctif des *inclusions épithéliales*. Ces éléments épithéliaux qui ont évidemment



Obs. Mathieu. — FIG. 1



Obs. Mathieu. — FIG. 2

Les clichés de cette thèse ont été mis à notre disposition par MM. MASSON & C^e,
éditeurs, que nous remercions de leur obligeance.

une importance capitale dans l'interprétation de l'épulis congénital reproduisent sans aucun doute tous les aspects des bourgeons adamantiniens. Au pourtour du petit lobule épithélial, le stroma constitue une petite capsule concentrique.

Le lobule lui-même a une basale sur laquelle reposent disposées radiairement des cellules cylindriques à gros noyau très chromatophile. Lorsque le lobule a une dimension suffisante (fig. I) il existe au centre soit une petite cavité de désintégration soit un réseau de cellules étoilées. Ce sont là tous les caractères des bourgeons adamantiniens tels que les représentent les traités d'embryologie.

Obs. II qu'a bien voulu nous confier le docteur Clément.

SIGNES CLINIQUES.

Il s'agit d'une fille née à terme (présentation du siège) pesant 3600 grammes.

Les parents sont bien portants. Cette enfant est la troisième. Le premier enfant est mort de bronchopneumonie. Le 2^e est bien portant.

L'enfant fut examinée à l'âge de 9 jours par le Dr Clément. Bien que nourrie au sein elle était en mauvais état: A l'examen il note des signes de bronchite, une suppuration de la face dorsale du poignet gauche avec image radiographique normale, une hernie ombilicale.

Au cours de l'examen, le Dr Clément est frappé par l'existence d'une petite tumeur siégeant sur la face an-

térieure de la gencive du maxillaire supérieur au niveau de la 2^e incisive gauche. Cette petite tumeur avait un pédicule. Elle était de la grosseur d'un poix chiche ; elle était de consistance ferme, de couleur rouge bleuâtre. Elle gênait un peu la succion.

Le Dr Clément fait enlever cette petite tumeur. L'opération est simple et se passe sans incidents.

L'enfant succombe 6 jours après âgée de 15 jours. L'opération ne semble pas responsable de sa mort. Nous avons vu qu'elle présentait des signes de bronchite, une suppuration de la face dorsale du poignet avec fièvre. A l'autopsie, on trouve des poumons de nouveau-né. Le foie et la rate sont gros. Pas d'autres malformations.

HISTOLOGIE.

La tumeur fut fixée dans le liquide de Bouin et incluse ensuite dans la paraffine. Des coupes furent faites et colorées à l'hématoxyline-éosine, au Mallory et au Van Gieson.

A l'examen microscopique, la tumeur apparaît comme recouverte extérieurement d'un épithélium stratifié identique à celui de la muqueuse buccale.

Au-dessous de cet épithélium de revêtement se trouve la tumeur proprement dite. Elle est constituée comme dans la 1^{re} observation par un stroma conjonctif dans les mailles duquel se trouvent des cellules conjonctives particulières et quelques inclusions épithéliales.

Le stroma conjonctif est plus discret que dans l'observation I. Il est constitué par des faisceaux de fibro-

blastés allongés, jeunes, n'ayant différencié que peu de collagène. Ils se groupent en faisceaux plus denses en certains points de la périphérie ébauchant une capsule. Mais celle-ci est moins nette et moins continue que dans l'observation I. En certains points, les cellules conjonctives tumorales sont en contact avec l'épithélium de revêtement. Les faisceaux conjonctifs compartimentent l'intérieur de la tumeur.

Celle-ci est constituée dans sa majeure partie par des amas de cellules polyédriques plus ou moins arrondies à protoplasma spongieux, acidophile, à noyau contracté, de petit volume et chromophile ; ces noyaux se colorent cependant moins que ceux des fibroblastes et des cellules épithéliales. Ces cellules sont groupées en amas de quelques éléments, ou en grandes nappes séparées par les cloisonnements que constituent les faisceaux de fibroblastes.

Ces cellules caractéristiques constituent l'élément le plus abondant de la tumeur.

Par la coloration à l'hématoxyline au fer on met très bien en évidence leurs limites respectives et leur aspect. Il n'y a pas de substance intercellulaire quand les faisceaux de fibroblastes ne séparent pas ces cellules.

Les recherches faites pour caractériser microchimiquement le contenu de ces cellules a donné les mêmes résultats que dans l'observation I.

L'acide osmique, le Soudan III, l'écarlate, le bleu de Nil, colorants des lipides ne donnent pas de résultats décisifs. Cependant, ici aussi, l'acide osmique colore un

peu mieux ces cellules que les fibroblastes environnants.

Le Weigert donne un résultat négatif.

La coloration au muci carmin donne le même résultat négatif que pour l'observation I.

Signalons un riche réseau vasculaire et en certains points des infiltrations leucocytaires soit diffuses, soit en petits amas, mais ces infiltrations sont beaucoup moins marquées que dans l'observation I.

En somme les éléments conjonctifs ont absolument les mêmes caractères que dans l'observation I.

Nous avons pu aussi dans cette observation retrouver sur presque toutes les coupes, de façon aussi fréquente, des inclusions épithéliales dans le stroma conjonctif. Ces inclusions épithéliales sont constituées par une couche de cellules cylindriques avec un noyau se colorant profondément et disposées de façon radiaire par rapport à une couche basale, constituant un lobule qui rappelle tout à fait les bourgeons adamantiniens.

A côté de ces deux observations personnelles nous ferons une revue des cas déjà publiés au nombre de neuf.

Nous rapporterons tout d'abord le cas observé par Louis Kaempfer, de New-York et à propos duquel cet auteur a fait une étude très complète de l'épulis congénital.

(Epulis congénital (odontoblastome). Etude clinique et pathologique. Surgery, *Gynecology and obstetrics*, 1911 avril, tome 12, page 357).

Cette étude nous a beaucoup aidé dans notre travail.

Obs. III — (Kaempfer).

La tumeur fut trouvée chez une fille née à terme, bien développée, de parents bien portants. C'était une masse de la grosseur d'une noix, rouge bleuâtre, saignant facilement, de consistance ferme et plus douce que le cartilage.

Cette tumeur était rattachée par un large pédicule au rebord alvéolaire supérieur gauche, depuis la ligne médiane jusqu'à la 1^{re} molaire. Cette masse saillait à la face antérieure du rebord alvéolaire se projetant hors de la bouche et soulevant la lèvre supérieure jusqu'au nez.

Le pédicule fut lié, la tumeur enlevée avec des ciseaux ; on fit de la compression pour empêcher l'hémorragie. Les suites opératoires furent satisfaisantes, et l'enfant revue à 6 mois était bien portante.

HISTOLOGIE.

La tumeur fut fixée dans la formaline et ensuite dans des alcools gradués et incluse dans la celloïdine. Des coupes furent faites en différents endroits et colorées à l'hématoxyline-éosine, au bleu de méthylène polychrome, au Van Gieson, au Mallory et au Weigert.

A l'examen microscopique, la tumeur apparaît recouverte par une couche d'épithélium stratifié identique à celui de la bouche n'envoyant pas de prolongements dans la profondeur de la tumeur.

Au-dessous de l'épithélium de revêtement, une couche de tissu conjonctif dense forme une capsule complète à la tumeur.

De cette capsule partent vers le centre de la tumeur

des faisceaux de tissu conjonctif qui se subdivisent pour former des compartiments de forme et de grandeur variables. Ces faisceaux conjonctifs diminuent d'importance au centre de la tumeur où il n'y a plus qu'un très fin stroma conjonctif entourant les cellules parenchymateuses.

K. note l'existence de quelques fibres élastiques dans le stroma conjonctif, enfin l'existence de capillaires et de petits vaisseaux sanguins. Un épaissement de l'intima ou une transition entre l'intérieur des vaisseaux sanguins et le parenchyme de la tumeur n'a pu être démontré nulle part, dit-il.

Le parenchyme de la pièce est fait de larges cellules de différentes formes placées par petits groupes dans les espaces du stroma du tissu conjonctif. Au centre de la tumeur ces cellules sont ovales ; plus près de la périphérie, où les bandes de tissu conjonctif sont larges et denses, ces cellules sont plus longues et plus étroites. Ces variations dans la forme des cellules seraient apparemment dues aux différences de pression et donnent à la pièce l'apparence d'être divisées en couches. Ces cellules parenchymateuses diffèrent par leur grandeur, leur forme, leurs réactions colorantes des fibroblastes. Il n'y a pas de substance intercellulaire quand les fibroblastes ne les séparent pas.

Sur la préparation à l'hématoxyline-éosine le corps des cellules se colore faiblement et est finement granuleux. Les noyaux sont comparativement petits, irréguliers dans leurs contours, et habituellement excéntriques. Ils se colorent moins profondément que les

noyaux du stroma de tissu conjonctif ou que ceux du tissu épithélial.

Avec le Van Gieson, les cellules du parenchyme se colorent en jaune et avec le Mallory elles prennent une couleur bleu foncé notablement différente du pourpre de l'épithélium.

— A côté de ces cellules parenchymateuses, on a pu voir sur toutes les coupes des amas épithéliaux. Ces groupes de cellules épithéliales sont entourés par une étroite bande de tissu conjonctif formant une véritable capsule. Sur cette capsule repose une couche de petites cellules cylindriques avec un petit noyau elliptique se colorant profondément.

Dans cette couche, il y a des groupes de cellules polyédriques avec noyau rond ou ovale se colorant profondément. Il n'y a pas là de substance intercellulaire.

Avec le Mallory, ces cellules ont la même couleur pourpre foncé que l'épithélium squameux de la surface.

K. décrit enfin au centre de la tumeur, formant en quelque sorte le corps de la tumeur, une formation épithéliale émanant du pédicule de la tumeur vers la périphérie, d'aspect triangulaire sur la coupe avec base à l'extérieur, le sommet du triangle irrégulier répondant au pédicule à l'endroit de la ligature.

A la périphérie cette formation épithéliale est constituée par une couche de cellules longues, petites, cylindriques, avec un noyau central, elliptique. Dans cette couche de cellules se trouvent aussi des cellules plus cuboïdes avec un noyau plus rond et plus large. Les

cellules de la portion la plus interne sont polyédriques.

Cette masse de cellules épithéliales est recouverte par du tissu conjonctif.

Ces portions épithéliales de la tumeur (la masse centrale et les inclusions disséminées décrites ci-dessus) diffèrent essentiellement du reste de la tumeur dans leurs réactions aux colorants. Avec l'hématoxyline-éosine, le corps des cellules apparaît plus uni et plus profondément coloré que ceux de la majeure partie de la tumeur. Avec le Mallory, les cellules se colorent en pourpre, les noyaux sont réguliers dans leur contour, colorés en bleu foncé.

K. illustre enfin son observation de plusieurs dessins histologiques qui ressemblent tout à fait aux nôtres.

A côté de cette observation très complète, nous rapporterons les deux récentes observations de O. Kleine également très complètes et illustrées de nombreuses figures (O. Kleine. Die angeborenen Basalzelltumoren der Gingiva. Beitrag zur Histogenese der sog. Epulis congenita. *Archiv. für Gynäkologie*, septembre 1929, 138 Band).

Obs. IV. — O. Kleine.

Une fille née normalement présente au maxillaire supérieur une tumeur congénitale protubérante recouverte de gencive. Ses dimensions sont de 2 cm. $\times$ 1 cm. $\times$ 0 cm. 6. La tumeur a un large pédicule qui s'insère au niveau de la 2^e incisive et de la canine.

La mère est une primipare de 17 ans avec Wassermann négatif.

L'enfant ne présentait pas d'autres malformations ; pas d'asymétrie des maxillaires, pas de bec de lièvre ; langue, bouche, pharynx normaux. La tumeur ne grossit pas après la naissance, mais par sa grosseur déjà rendait l'allaitement impossible. On était obligé de nourrir l'enfant avec le lait de sa mère par une sonde.

Aussi au 12^e jour on décide l'ablation de la tumeur. Il y a une hémorragie assez abondante nécessitant plusieurs points. Suites satisfaisantes. A la sortie, allaitement normal. L'enfant revue à 6 mois était bien portante.

HISTOLOGIE.

Fixation de la tumeur au formol et à l'alcool. Coupes à la paraffine, à la celloïdine.

La coupe montre que c'est une tumeur conjonctive recouverte par un épithélium et appendue à un pédicule fibreux.

La tumeur est recouverte par un épithélium très analogue à l'épithélium de la muqueuse buccale, mais O. Kleine signale quelques particularités. Cet *épithélium de recouvrement* présente des inégalités d'épaisseur, quelques érosions épithéliales avec des infiltrations leucocytaires dans la couche papillaire. En dehors de la couche cornée, on trouve une couche épineuse typique et une couche germinative, mais pas de couche granuleuse. Les cellules de la couche germinative sont d'une très grande richesse chromatique ; la plupart

sont des cellules cylindriques, mais on y trouve aussi quelques cellules plutôt cubiques.

Le long de tout l'épithélium de recouvrement se trouve du *tissu conjonctif* avec de nombreux noyaux en fuseau ou en étoile, souvent le tissu conjonctif est parsemé de cellules tumorales de façon qu'il est difficile à reconnaître. D'autres faisceaux conjonctifs rayonnent de cette sorte de capsule et du pédicule de la tumeur vers son centre. La tumeur est divisée en compartiments par ces faisceaux. Avec un plus fort grossissement, particulièrement avec les colorations de Mallory et d'Azan Heidenhain (azocarmin + bleu d'aniline) on voit que toutes les cellules tumorales sont encerclées par des faisceaux conjonctifs. Par endroits, les faisceaux conjonctifs sont épais, parfois transformés en bandes hyalines sans noyau. Par conséquent le tissu conjonctif est formé de fibres collagènes avec par endroits des transformations dégénératives. Avec le muci-carmin, indirectement aussi avec le vert de méthyle de même qu'avec le violet de crésyle on découvre l'existence de mucus. Enfin ce mucus n'existe pas seulement entre les gros faisceaux de tissu conjonctif mais aussi sous forme d'une fine trame autour des cellules tumorales.

La meilleure représentation des *cellules tumorales* est donnée d'après O. Kleine par la coloration d'Azan-Heidenhain. Les cellules tumorales sont disposées les unes à côté des autres par groupes petits et grands limités par de fins faisceaux conjonctifs. Ces cellules sont remarquables par leurs dimensions géantes, mesurant de 15 à 60 μ . Leur noyau se colore avec différente in-

tensité, il est plutôt périphérique. Ces cellules tumorales ne sont pas seulement remarquables par leur grandeur mais aussi par le contenu de leur protoplasma. Celui-ci se montre nettement granuleux, et avec la coloration d'Azan, tandis que le protoplasma des cellules de l'épithélium de revêtement prend, par cette coloration, une teinte rouge, le protoplasma des cellules tumorales reste incolore, les granulations au contraire prennent une coloration bleue intense. Ce résultat montre que les granulations du protoplasma se comportent comme les granulations trouvées dans les cellules muqueuses. D'après Heidenhain la coloration bleue des granulations avec l'Azan indiquerait nettement la nature mucoïde (mais également les résultats positifs des colorations au bleu de méthyle, muci-carmin, vert de méthyle).

Souvent les cellules tumorales et la couche germinative de l'épithélium de revêtement se touchent directement. Il est vrai que les cellules tumorales ne touchent pas en masse la basale, mais seulement quelques-unes ou un petit groupe. Ces quelques cellules tumorales voisines de la basale sont nettement plus petites que celles du centre de la tumeur. En quelques endroits les cellules tumorales semblent être détachées de la basale.

Sur toutes les coupes O. Kleine a retrouvé aussi des *inclusions épithéliales* — qu'il compare à des canaux sécréteurs coupés en travers — canaux formés de deux sortes de cellules épithéliales, les unes plutôt cylindroïdes, les autres plutôt cuboïdes. Nulle part on ne

trouve de lumière parfaitement libre, reconnaissable, puisque les cellules cubiques la rempliraient. Sur une préparation K. a compté dix coupes transversales de tels canaux. Ils se trouvent à une assez grande distance les uns des autres. Parfois les cellules tumorales se disposent de façon concentrique autour de ces canaux. Il existe de façon constante un anneau fibreux autour de ces inclusions épithéliales, ce qui pour K. assied bien le diagnostic de canaux excréteurs. K. remarque pourtant que normalement il n'y a pas de glande sur la genitive.

La tumeur est richement vascularisée ; on y trouve de *nombreux capillaires* mais nulle part on ne trouve de cellules tumorales dans les vaisseaux sanguins.

Entre les cellules tumorales, particulièrement dans le centre de certaines nappes tumorales, on trouve enfin de riches amas de cellules rondes, dont certaines sont sûrement des lymphocytes.

Enfin le protoplasma des cellules tumorales montre une très faible et diffuse soudanophilie. De même le protoplasma de la couche basale mais encore plus faible. Au microscope polarisant, pas de biréfraction. Les noyaux des cellules tumorales, les parois et le contenu des vaisseaux sont libres de graisse.

Obs. V. — 2^e cas rapporté par O. Kleine.

Il s'agissait d'une fille présentant un épulis congénital de la grosseur d'une prune qui fut opérée tout de suite après la naissance car la tumeur gênait considérablement l'allaitement. La tumeur s'insérait par un

fin pédicule sur le maxillaire supérieur au voisinage de la 1^{re} et de la 2^e incisive droite. L'enfant était bien portante et on ne lui trouva aucune autre malformation. La guérison fut rapide et complète et l'on sut par lettre qu'un an 1/2 après il n'y avait aucune récurrence.

L'examen histologique donne les mêmes résultats que pour la 1^{re} observation de K.

Le tissu conjonctif est un peu moins important. Les vaisseaux sont plus gros, la soudanophilie moins nette. On trouve enfin les mêmes canaux épithéliaux, un peu moins nombreux, le même aspect de la couche basale de l'épithélium de revêtement, les mêmes formes et grandeur des cellules tumorales.

Kaempfer donne après son observation personnelle (obs. III) le compte rendu de sept autres cas d'épulis congénital rapportés antérieurement par Perthes et dont certains cas (ceux de Massin, Olivier, Füh, Schorr) sont rapportés aussi par Kleine et enfin un 8^e cas personnel, mais incomplet.

Nous rappellerons également ces huit observations.

Obs. VI. — Cas observé en novembre 1869 par Neumann.

Un enfant bien développé à terme (sexe non mentionné) présente 2 tumeurs pédiculées sur la mâchoire supérieure. Elles étaient situées à gauche de la ligne médiane et très petites, l'une de la grosseur d'un petit pois, l'autre d'un haricot.

Ces tumeurs étaient molles, élastiques et rouges.

Leur surface était douce. A la coupe elles étaient succulentes et rose pâle.

HISTOLOGIE

Ces tumeurs sont recouvertes par une épaisse couche d'épithélium stratifié ; au-dessous il y a une couche de tissu conjonctif qui se perd graduellement dans la tumeur. Le corps de la tumeur est formé de grandes cellules avec de grands noyaux dans un stroma de petites cellules rondes. Il y a quelques petits vaisseaux sanguins.

Obs. VII. — Cas Massin, 1894.

Une fille à terme, normale, est porteuse de deux petites tumeurs siégeant sur le maxillaire supérieur au niveau de l'incisive gauche. L'une était de la grosseur d'un pois chiche, l'autre d'une cerise. 4 jours après la naissance ces tumeurs étaient enlevées. Elles étaient fermes, de couleur rose pâle, ressemblant à du fibrome.

HISTOLOGIE

Elles étaient recouvertes par une membrane muqueuse, se continuant avec celle de la bouche et étaient divisées en sections régulières par des bandes de tissu conjonctif.

Le revêtement épithélial était séparé du reste de la tumeur par une couche de tissu conjonctif contenant des cellules rondes et en fuseau en petit nombre avec des noyaux fortement colorés et d'étroits vaisseaux sanguins.

Le stroma était fait d'éléments épithéliaux disposés en couches, en forme de fuseau et irréguliers avec un noyau excentrique irrégulier. Entre les cellules se trouvaient des bandes de tissu conjonctif à peine perceptibles par places. Le centre de la tumeur était formé de tissu muqueux. Quelques-uns des gros vaisseaux contenaient des thrombus. Par endroits il y avait des amas de cellules lymphoïdes entourés d'un fin réseau de tissu conjonctif.

Obs. VIII. — Cas Olivier, en 1895.

Il enleva trois petites tumeurs de la portion antérieure du rebord alvéolaire d'un enfant nouveau-né. Les tumeurs étaient petites, de la grosseur d'une cerise environ, de couleur rose pâle. Elles étaient recouvertes par la muqueuse gingivale normale ; celle-ci sans connexion-avec l'intérieur de la tumeur.

HISTOLOGIE.

Au-dessous de la muqueuse se trouvait une capsule fibreuse contenant des vaisseaux sanguins avec une petite lumière.

Le corps de la tumeur était divisé en 3 régions : une zone périphérique, une moyenne et une zone centrale.

La zone périphérique, de structure assez uniforme, était faite de grandes cellules irrégulières ressemblant à première vue à des cellules épithéliales (?) Il n'y avait pas de ponts intercellulaires ; le tissu interstitiel était très peu abondant. Des vaisseaux et de fines fibres divisent les cellules en groupes de formes irrégulières et

de volume variable. Les corps des cellules sont granuleux et se colorent de façon différente de ceux des cellules malpighiennes de la muqueuse sus-jacente. Les noyaux se colorent bien, sont centraux, ovoïdes et contiennent un ou deux nucléoles. Quelques cellules contiennent plusieurs noyaux et des figures de karyokinèse sont visibles. Il y a quelques vaisseaux sanguins de fin calibre.

Dans la zone moyenne, il y a des cellules irrégulières de volume et de forme, disposées en cordons. On peut y voir des cellules géantes. Cette région est bien vascularisée.

Dans la zone centrale, les cellules sont petites avec un noyau relativement grand et peu de protoplasma.

Les différences de ces trois zones sont probablement dues aux différences de pression de la tumeur.

Obs. IX. — Cas Schorr, 1906.

Fille normale à terme. On note à la naissance une tumeur sessile au niveau de la muqueuse de la mâchoire inférieure. La tumeur se projetait entre les lèvres et gênait l'allaitement. Ablation au 4^e jour. Dans le peu de temps qui précéda l'ablation, la grosseur grossit un peu. Elle était lisse, ferme, rouge pâle, recouverte par la muqueuse.

HISTOLOGIE.

La tumeur présentait un stroma de tissu conjonctif qui la divisait en espaces irréguliers remplis de grandes cellules polyédriques, ou en forme de fuseau, contenant

un noyau excentrique. Il y avait beaucoup de cellules polynucléées. Les capillaires par places étaient épaissis par prolifération de l'endothélium. Par endroits, l'endothélium semblait avoir rompu les vaisseaux et se fondre avec les cellules de la tumeur. Le centre de la tumeur contenait du tissu embryonnaire. De petits groupes de cellules épithéliales se trouvaient dispersés dans la tumeur.

Obs. X. — Cas Schorr, 1894.

On enlève chez un nourrisson de 3 à 4 mois une tumeur existant depuis la naissance et développée sur le maxillaire supérieur à la place de l'incisive. Elle était lisse et était plus épaisse au sommet qu'à la base.

HISTOLOGIE.

La tumeur était recouverte par un épithélium stratifié ressemblant à la muqueuse normale de la bouche. Il y avait de grandes cellules polyédriques avec un noyau excentrique, divisées en groupes par des fibres de tissu conjonctif. La portion centrale de la tumeur était formée de fibres de tissu conjonctif avec peu de cellules et on y trouvait des structures tissulaires ressemblant aux glandes muqueuses, composées d'épithélium cylindrique et entourées par des fibres musculaires lisses.

Obs. XI. — Cas Givel, 1896.

Fille à terme bien conformée. On note une tumeur du volume d'un pois chiche, élastique de consistance, se projetant hors de la bouche de l'enfant. Cette tumeur était en arrière de la lèvre inférieure un peu à droite

de la ligne médiane et était divisée en 2 parties. Elle était régulière et de forme cylindrique. A l'extrémité libre, il y avait une tache violet sombre ressemblant à un angiome. Le restant de la tumeur était de la couleur de la muqueuse buccale.

HISTOLOGIE.

La tumeur était recouverte par la muqueuse buccale. Elle était très vasculaire et les cellules endothéliales apparaissaient normales. Le tissu interstitiel était formé de longues cellules avec un grand noyau. Par places, on a pu voir de petites cellules rondes ressemblant à des cellules inflammatoires.

Obs. XII. — Cas Füh, 1904.

Fille normale. On trouve, à la naissance, une tumeur sur le maxillaire supérieur au niveau de l'incisive gauche.

HISTOLOGIE.

La tumeur était recouverte par l'épithélium buccal, lequel envoyait des invaginations (?) dans les profondeurs de la tumeur.

La tumeur était formée de grandes cellules polyédriques disposées en rangées. Ces rangées de cellules étaient séparées les unes des autres par des bandes de tissu conjonctif.

L'auteur ne trouve trace d'aucune connexion entre l'endothélium des vaisseaux sanguins et le parenchyme de la tumeur.

Le centre de la masse était fait de tissu conjonctif

embryonnaire avec relativement peu de fines fibres et beaucoup de cellules.

Dispersées à travers la tumeur se trouvaient des amas de cellules épithéliales.

SUITES.

Deux années plus tard, la malade fut revue. Toutes les dents étaient saines excepté les deux incisives supérieures gauches. L'incisive médiane était un petit chicot brun sale, l'autre incisive latérale était petite et décolorée.

Obs. XIII. — Cas signalé par Kaempfer.

Et rapporté par le major Gore, cas malheureusement incomplet car il ne comporte pas de constatations microscopiques.

Cliniquement la ressemblance avec les autres cas est évidente.

On avait noté en effet à la naissance une tumeur rouge bleuâtre qui se projetait entre les lèvres. Elle siégeait sur la gencive inférieure à droite de la ligne médiane et gênait la succion. Elle fut liée avec de la soie et tomba deux jours après. Il y avait une seconde tumeur plus petite à côté de la première.

SIGNES CLINIQUES ET HISTOLOGIQUES

Signes cliniques

Cliniquement les tumeurs présentent donc un aspect suffisamment caractéristique pour permettre un diagnostic.

Elles sont congénitales et situées dans la région des incisives. Elles siègent tantôt sur le maxillaire supérieur (8 fois) tantôt sur l'inférieur (3 fois). Elles sont de volume variable, parfois petites, grain de mil, pois, cerise ou plus, saillant alors sous les lèvres, pouvant sortir de la bouche et gênant alors la succion, ce qui décide le plus souvent leur ablation.

Elles sont fermes, lisses, recouvertes par la muqueuse gingivale et roses comme elle.

Elles sont plus ou moins pédiculées.

Habituellement il n'y a qu'une tumeur. Dans le cas Massin, il y en avait deux, trois dans le cas Olivier, deux dans le cas Gore. Dans un cas (Neumann) il y avait deux tumeurs pendant à un même pédicule.

Dans tous les cas où le sexe est noté, il s'agit de filles,

Toutes ces tumeurs sont rapidement et facilement extirpées sans hémorragies et tous les enfants se nourrissent sans peine quelques heures après l'opération. L'enfant de l'observation II est morte 6 jours après mais la mort ne semble pas imputable à l'intervention.

Dans aucun cas, d'après les auteurs qui ont suivi ces malades, on n'a observé de récurrence. Dans quelques cas, on a suivi les enfants pour voir s'il n'y avait aucun trouble dans la dentition ultérieure. Celle-ci n'est pas toujours normale. Les dents apparaissent toujours mais sont parfois altérées. Dans le cas de Fùth (cas XII) les 2 incisives de lait étaient anormales ; l'une était de couleur brun sale et sans émail, l'autre était difforme et mal développée. Dans le cas de Kaempfer (obs. III) l'enfant revue âgée de 6 mois présentait 2 dents au niveau du maxillaire inférieur. Il n'y en avait aucune sur le maxillaire supérieur, endroit de la tumeur, mais l'enfant était encore bien jeune. Dans le cas de Givel (cas XI) des dents normales furent observées à la 1^{re} et à la 2^e dentition. Dans le cas d'Olivier (cas VIII) toutes les dents de la 1^{re} dentition sortirent normalement. Dans le cas suivi de O. Kleine, l'enfant avait des dents normales à un an 1/2.

Signes histologiques

L'aspect histologique de ces tumeurs d'après toutes ces observations est bien aussi toujours le même.

Elles sont toujours recouvertes par un épithélium stratifié identique à celui de la muqueuse buccale.

Au dessous se trouve une sorte de capsule de tissu conjonctif.

Le corps de la tumeur est constitué par un stroma conjonctif dans lequel se trouvent les vaisseaux et par endroits des infiltrations leucocytaires. Ce stroma donne à la tumeur une structure alvéolaire.

C'est à l'intérieur de ce stroma conjonctif que se trouvent les éléments caractéristiques de la tumeur.

1° De grandes cellules polyédriques à protoplasma spongieux, acidophile, que nous avons essayé de définir plus complètement par différentes réactions ainsi que nous l'avons exposé dans l'observation I. Elles prennent les colorations du tissu conjonctif banal, mais ne prennent pas les colorations des lipides.

La coloration au muci carmin est négative et nous ne considérons pas comme un résultat positif la coloration rosée au muci carmin signalée par O. Kleine ;

2° Des inclusions de petits groupes de cellules épithéliales retrouvées dans nos deux observations personnelles et décrites dans six des neuf autres cas rapportés, celui de Kaempfer, ceux de Fütth et de Schorr, de O. Kleine. Dans les autres cas ces inclusions ne sont pas mentionnées, mais il se peut qu'elles aient été absentes des coupes examinées et qu'on ait pu les trouver sur d'autres coupes des tumeurs. Dans nos deux observations, elles se sont montrées fréquentes sur les coupes, mais Kaempfer dit ne les avoir trouvées dans son cas qu'après des coupes répétées de la tumeur. O. Kleine les a trouvées fréquemment.

Tels sont les caractères histologiques essentiels qui permettent d'identifier l'épulis congénital.

**PATHOGÉNIE
ET PLACE DE L'ÉPULIS CONGÉNITAL
DANS LA CLASSIFICATION DES TUMEURS**

**Opinions antérieurement émises
sur la pathogénie et le diagnostic
de l'épulis congénital**

Avant d'essayer nous-même d'établir une pathogénie et de fixer la place de l'épulis congénital dans la classification des tumeurs, nous examinerons les opinions de ceux qui nous ont précédés.

Quoique les descriptions microscopiques de tous les cas rapportés soient bien semblables, les diagnostics et les opinions émis à leur sujet sont très variables.

Neumann regarde son cas comme un sarcome myéloïde, diagnostic absolument injustifié par sa description.

Givèl porte le diagnostic de granulome ou de sarcome.

Füth fait le diagnostic de périthélioma, diagnostic suggéré par une ressemblance microscopique imaginaire de la tumeur avec une tumeur de la glande carotide décrite par *Marchand*.

Massin porte le diagnostic injustifiable cliniquement et histologiquement d'épithélioma développé sur l'organe de l'émail.

Olivier ne peut faire lui-même définitivement un diagnostic. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'épulis congénital diffère essentiellement du fibrosarcome, du cancer ou de l'adéno-carcinome :

2° Les éléments spécifiques sont de très grandes cellules polymorphes, vraisemblablement de nature épithéliale (endothélium). Elles sont d'un volume considérable. Le corps cellulaire est grossièrement et régulièrement granuleux. Il n'est pas possible de déterminer leur point de départ ;

3° Leur origine ne peut être déterminée, mais il n'apparaît pas que ce soit l'organe de l'émail. Peut-être que ce sont des inclusions de la membrane muqueuse gingivale dans le cours du développement de l'alvéole.

Scherr considère la tumeur comme résultant d'un mauvais développement de l'organe de l'émail ; ce serait donc une malformation.

Kaempfer admet aussi l'hypothèse de malformation, mais n'y insiste pas. Il porte le diagnostic d'odontoblastome pensant que les cellules conjonctives de la tumeur dérivent de la couche périphérique de la papille dentaire, des odontoblastes. Il ne pense pas que les inclusions épithéliales doivent être considérées comme un élément constant.

O. Kleine pense aussi que ces tumeurs congénitales des gencives constituent un groupe de tumeurs à part à caractères histologiques bien définis par leurs grandes

cellules granuleuses et leurs inclusions épithéliales.

Ces cellules tumorales granuleuses seraient en certains endroits en contact intime avec les cellules de la couche basale de l'épithélium de revêtement et comme détachées d'elles. D'autre part, les propriétés colorantes des granules protoplasmiques seraient en faveur de la nature mucoïde de ces cellules tumorales.

Peut-être pour Kleine, l'extraordinaire grandeur des cellules est explicable par le remplissement maximum de sécrétion. Quant aux inclusions épithéliales, il les considère comme des canaux sécréteurs vus en coupe transversale. Et Kleine conclut en émettant l'hypothèse que l'épulis congénital, tumeur bénigne, est constitué aux dépens de cellules basales évoluant en cellules muqueuses.

Notre opinion personnelle sur la pathogénie et la classification de l'épulis congénital

Il est évident que cette tumeur ne correspond, par sa structure, à aucune des tumeurs classées.

La majeure partie de la tumeur est de nature conjonctive. Mais nous avons vu qu'à côté de ces éléments conjonctifs on pouvait, dans la plupart des cas, retrouver des inclusions épithéliales que nous considérons comme aussi caractéristiques.

Nous ne souscrivons pas à l'opinion de O. Kleine.

Les quelques altérations de l'épithélium de recouvrement (différences d'épaisseur, absence de couche granuleuse ? érosions) nous ont paru banales. La ressem-

blance de certaines cellules tumorales plus petites avec certaines cellules de la couche basale ne nous a pas paru évidente.

Parfois, en effet, nous l'avons signalé dans nos observations, les cellules tumorales sont en contact intime avec la couche basale de l'épithélium de recouvrement, sans interposition de tissu fibreux, mais ne semblent pas s'en détacher, et leur origine basale ne nous semble pas prouvée. Quant à la nature mucoïde des granulations, nous ne sommes pas de l'avis de O. Kleine. Une coloration nettement rouge avec le muci carmin est à notre avis indispensable pour l'affirmer et la teinte rose diffuse obtenue ne peut être considérée par nous comme une coloration élective. D'ailleurs de l'aveu même de O. Kleine, il n'existe pas de glandes muqueuses sur les gencives.

Quant à l'analogie des inclusions épithéliales elle nous paraît beaucoup plus frappante avec les cellules adamantiniennes avant la sécrétion de l'émail et des figures de restes paradentaires qu'avec des canaux sécréteurs.

Aussi nous ne nous attarderons pas à l'hypothèse de Kleine.

La situation de la tumeur, son attachement au rebord alvéolaire, nous font penser, comme à Olivier, Schorr, Kaempfer, à une origine dentaire et les analogies microscopiques de la tumeur et certains éléments du germe dentaire viennent corroborer cette hypothèse.

Malassez même, dans son étude des débris paradentaires, signale une observation de Heath (1872) qui décrit un épulis enlevé chez un enfant de 2 ans 1/2 (probable-



FIG. 3. — Germe dentaire au stade " cloche "

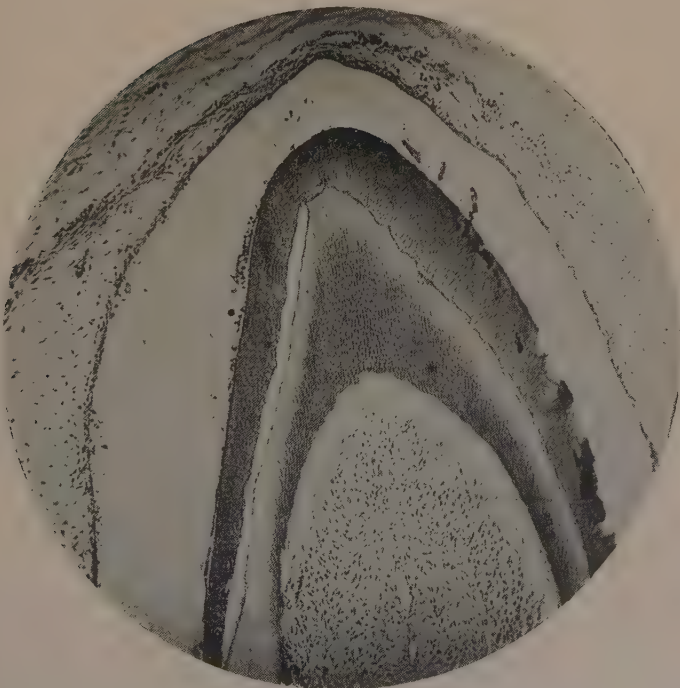


FIG. 4. — Dent à un stade plus avancé

ment épulis congénital) formé de tissu fibreux au milieu duquel on trouve beaucoup de tissu glandulaire dont l'origine, d'après Malassez, doit être recherchée dans les débris paradentaires.

Rappelons pour plus de clarté l'embryologie de la dent chez l'homme.

L'ébauche dentaire provient d'une invagination de l'épithélium recouvrant les mâchoires embryonnaires dans la profondeur des tissus, formant le mur plongeant. De ce mur plongeant de nature épithéliale, naît la *lame dentaire* qui se développe dans le mésenchyme maxillaire et qui seule a le pouvoir odontogène. De sa face inférieure, en effet, naissent des cordons épithéliaux qui s'enfoncent plus profondément dans le mésoblaste, donnant le germe de l'émail des deux dentitions.

Les germes de l'émail passent chacun par trois formes successives : bourgeon, capuchon, cloche.

Au stade de capuchon, le bourgeon s'étale et se creuse au-dessus du noyau conjonctif condensé qui deviendra la papille dentaire.

Le stade de cloche est caractérisé par l'invagination du capuchon qui se transforme en une cloche à double paroi contenant dans sa concavité la papille dentaire.

La paroi externe, ou épithélium externe de l'organe de l'émail est formée de cellules cubiques; elle ne forme aucune partie de la dent définitive et disparaît ainsi que la lame dentaire, sauf certains îlots qui peuvent persister et donner les débris épithéliaux paradentaires de Malassez.

La paroi intérieure de la cloche ou épithélium interne de l'organe de l'émail est fertile. C'est la membrane de l'émail constituée par des cellules très hautes, les *adamantoblastes*. Ces cellules s'allongent de plus en plus par leur extrémité centrale, si bien que le noyau est de plus en plus rejeté vers l'extrémité externe du corps cellulaire. Bientôt sur la face interne ou centrale de la cellule, se produisent un certain nombre de modifications qui conduiront à la production de l'émail.

La couche intermédiaire est tout aussi stérile que l'épithélium externe. Elle est d'abord formée d'éléments épithéliaux polyédriques, analogues à ceux de la couche muqueuse de Malpighi. Les corps cellulaires se vacuolisent et les cellules se transforment en cellules étoilées, anastomosées en réseau, donnant la pulpe ou réticulum de l'émail.

La papille dentaire ou bulbe dentaire se forme par condensation du tissu conjonctif embryonnaire contenu dans la concavité de l'organe de l'émail. De bonne heure, à la surface de la papille dentaire et immédiatement au-dessous de la membrane de l'émail, les cellules conjonctives du bulbe dentaire grossissent, deviennent piriformes et s'ordonnent sur une membrane épithélioïde. Ces cellules ainsi différenciées sont les *odontoblastes* producteurs de l'ivoire. Les cellules conjonctives sous-jacentes à cette couche sont étoilées, anastomosées par leurs expansions, reliées d'une part aux odontoblastes, d'autre part à celles de la masse centrale du bulbe dentaire qui constituera la pulpe dentaire.

Enfin, autour de l'ébauche dentaire, le tissu conjonc-

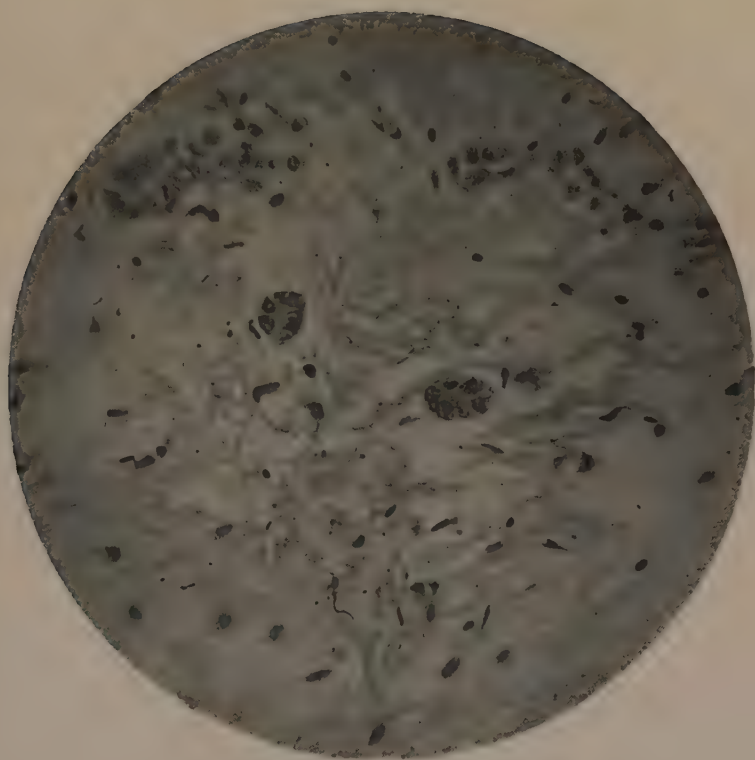


FIG. 5. — Débris paradentaires

tif se condense et se modifie, formant le sac dentaire qui donnera le cément.

Ces différentes notions concernant l'embryologie de la dent, étant rappelées, il nous sera plus facile de comparer notre tumeur aux différents éléments du germe dentaire.

Il est infiniment probable, en effet, étant donnée l'existence de petits îlots de cellules adamantines au sein de cette tumeur, que l'origine doit en être cherchée dans les éléments du germe dentaire.

Suivant Kaempfer, les spongioblastes conjonctifs qui constituent la majeure partie de la tumeur, seraient analogues aux cellules de la couche odontoblastique de la papille et il se base sur cette analogie morphologique pour proposer pour l'épulis congénital le nom d'odontoblastome. Il base cette analogie sur une figure d'un germe dentaire d'un mémoire de Hœhl. [Beit. Zur microscopische Histologie der Pulpa u. des Dentins. *Arch. F. Anatomie u. Entwicklungs gesch.* 1896, p. 31].

Nous avons examiné cette figure avec grand soin et il ne nous a pas paru que cette analogie fut le moins du monde convaincante. Kaempfer lui-même écrit : « Tandis que les cellules de la couche odontoblastique sont longues et tendent à ressembler à des fuseaux. Celles de la tumeur sont de forme plus ovoïde ou elliptique ».

Pour élucider le problème pathogénique soulevé, nous avons coupé des mâchoires de fœtus à des âges différents que nous avons pu nous procurer grâce à l'obligeance de M. Cathala, accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis. Nous avons plusieurs coupes d'embryons

jeunes de quelques semaines et trois coupes de fœtus de 6 mois, 7 mois et 9 mois. Sur toutes ces coupes nous avons contrôlé l'exactitude des descriptions classiques, le mode de formation du germe dentaire, son évolution lorsque commence la sécrétion de l'émail et de l'ivoire mais nous n'avons trouvé aucun aspect rappelant ces grandes cellules polyédriques qui constituent la majeure partie de l'épulis congénital.

Ce qui est évident, c'est que les inclusions épithéliales au sein de cet amas conjonctif sont des restes de l'organe de l'émail. L'analogie de ces cellules épithéliales et des cellules adamantines comme nous pouvons le vérifier sur les coupes avant la sécrétion de l'émail est évidente. La nature adamantinienne de l'épulis congénital est donc certaine.

Il reste à expliquer l'origine et la nature des cellules qui apparaissent ici sous forme de spongioblastes et à connaître la nature de leur contenu.

De toutes façons, le terme d'odontoblastome serait mal choisi puisque les cellules adamantiniennes sont un élément essentiel de cette néoplasie. Il faudrait donc dire adamanto-odontoblastome.

D'autre part les odontoblastomes décrits jusqu'à présent sont des tumeurs dures où s'est formé de l'ivoire et par conséquent sont tout à fait différentes de l'épulis congénital. L'« embryoplastique odontome » de Schmidt est aussi différent ; c'est une tumeur de tissu conjonctif mou qui croît à l'intérieur de la mâchoire osseuse et contient des dépôts de calcaire.

Pour nous, et sans que nous puissions en donner la

preuve formelle, nous préférons considérer l'épulis congénital comme un *adamantinome* de type spécial caractérisé par ce fait qu'autour des éléments épithéliaux essentiels le stroma a subi une altération, et plus précisément une surcharge du protoplasma des cellules par une substance encore indéterminée.

Mais nous ne nous dissimulons pas qu'il est indispensable de caractériser cette surcharge et cette altération puisque c'est un caractère constant et caractéristique de l'épulis congénital.

Nous retiendrons volontiers l'hypothèse de Schorr suivant laquelle il s'agirait d'une malformation, nous dirions plutôt d'une hétérotopie de germes paradentaires qui, logés superficiellement sous la muqueuse gingivale, entraîneraient une réaction du stroma aboutissant à l'aspect que nous avons décrit.

CONCLUSIONS

— L'épulis congénital est une tumeur rare, bien différente de l'épulis de l'adulte et qui ne ressemble à aucune des tumeurs classées.

— Cliniquement, il s'agit en général d'une petite masse congénitale de la grosseur d'un pois ou plus, de consistance ferme, siégeant sur la face antérieure des rebords alvéolaires, recouverte par la muqueuse buccale normale. L'ablation en est facile. La récurrence n'a jamais été observée, mais il arrive parfois que les dents qui poussent à l'emplacement de la tumeur sont altérées.

— Au point de vue histologique, l'épulis congénital a un aspect caractéristique.

— Il est constitué par un stroma de fibres conjonctives dans les mailles duquel se trouvent des cellules conjonctives bien spéciales, cellules polyédriques à protoplasma spongieux, acidophile, à petit noyau, mais il ne nous a pas été possible de caractériser microchimiquement le contenu de ces cellules.

Nous ne trouvons à ces cellules aucune ressemblance avec les odontoblastes, analogie sur laquelle Kaempfer s'est fondé pour classer cette tumeur. Tel n'est pas notre avis.

— A côté de ces cellules qui forment la majeure partie de la tumeur, nous avons retrouvé sur toutes les coupes des inclusions de petits groupes de cellules épithéliales qui rappellent, à notre avis, tout à fait les adamantoblastes.

— Et nous basant sur ces éléments épithéliaux adamantiniens que nous avons trouvés de façon constante, nous proposons de classer l'épulis congénital parmi les adamantinomes, adamantinome, de type spécial, dans lequel les éléments adamantiniens sont entourés de cellules conjonctives particulières.

— Peut-être s'agit-il d'une malformation par hétérotopie de germes paradentaires, qui logés superficiellement, entraîneraient une telle réaction du stroma conjonctif.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président de la thèse,*
BALTHAZARD. LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. PERTHES. — Die Verletzungen u. Krankheiten des Kiefer. Stuttgart, 1907.

2. FÜTH. — Über eine angeborene Geschwulst bildung perithelialer Natur am Oberkieferzahnfleische eines zwei Tagen alten Mädchens mit Hineinbeziehung des Schmelzkeimes (*Beitrage zur Geburtsh. u. Gyn.*, bd. 6, 1902, p. 82).

3. GIVEL. — Tumeur congénitale de la gencive (*Revue Médicale de la Suisse romande*, 1896, n° 3, p. 153).

4. MASSIN. — Ein Fall von angeborenem Epitheliom entstanden aus dem Schmelzorgan (*Virchow's Arch.*, bd. 136, 1894, p. 328).

5. NEUMANN. — Ein Fall von kongenitaler Epulis (*Arch. Heilk.*, XII, 1871, p. 189).

6. OLIVIER. — Epulides congenitales (*Zieglers Beitrage zur Pathol. Anat.*, 1895, bd 17, n° 3).

7. SCHORR. — Über die angeborenen Geschwulste des Zahnfleisches bei Kindern u. ihre Entstehung. *Zieglers Beitrage zur Patholog. Anat.*, bd. 39, 1906).

8. BAILEY. — Text. book of histology.

9. HOEHL. — Beiträge zur mikroskopische Histologie

der Pulpa u. des Dentins (*Arch. F. Anatomie u. Entwicklungsgeschichte*, 1896, p. 31).

10. SCHMIDT. — Lubarsch. Ostertags Ergebn, 1902, p. 332.

11. GORE. — *British Med. Journ.*, 1884.

12. KAEMPFER. — Epulis congenital (Odontoblastome). Etude clinique et pathologique (*Surgery Gynecology and Obstetrics*. Avril 1911, t. XII, p. 357).

13. O. KLEINE. — *Archiv. für Gynakologie*, 138 Band, septembre 1929.

14. KLINGE. — *Verh. dtsh. path. Ges.*, 1928, p. 376).

1931. St-Amand (Cher) — Imp. A. CLERC
